



SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

Apellidos	_____	Nombre	_____
Calle/Plaza	_____	Número	_____
Localidad	_____	Código Postal	_____
Provincia	_____	Teléfono	_____

NOMBRE DE LA EMPRESA SUMINISTRADORA DE LA HEMODIÁLISIS

\_\_\_\_\_

SOLICITA:

Que, al estar recibiendo tratamiento de Hemodiálisis Domiciliaria con Máquina y de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.2 de la Resolución de 1 de marzo de 2006, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (BOE nº 62, de 14 de marzo de 2006), **le sea concedida la compensación económica por los gastos de electricidad y/o agua.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_